RIJKSUNIVERSITEIT GRONINGEN

UNIVERSITAIRE LEERGANGEN GEZONDHEIDSZORG

DR. G.M. VAN ETTEN

Symposium : BELEIDSONDERZOEK IN DE GEZONDHEIDSZORG

vrijdag 12 en zaterdag 13 november 1982

Plaats : Biologisch Centrum, Kerklaan 30 te Haren (Gn.)

Z

1883

RVZ
2074

RIJKSUNIVERSITEIT GRONINGEN

UNIVERSITAIRE LEERGANGEN GEZONDHEIDSZORG

Dr. R. J. VAN ZONNEVELD
Laan van Oud Poelgeest 4
2341 NJ OEGSTGEEST

BELEIDSONDERZOEK IN DE GEZONDHEIDSZORG

Nederlands Instituut
voor Gerontologie
Informatie-& documentatiecentrum
Kaap Hoorndreef 72
3563 AW Utrecht
Z 1083

Pré-advies ten behoeve van het Symposium over Beleidsonderzoek in de Gezondheidszorg te houden op vrijdag 12 en zaterdag 13 november 1982 te Haren (Gn.).

OPGESTELD DOOR DR. G.M. VAN ETTEN

Plv. Hoofd Stafbureau Beleidsontwikkeling
Directoraat-Generaal van de Volksgezondheid
Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne

INHOUDSOPGAVE

		PAGINA
Inleiding		1
Paragraaf 1 :	Betekenis van het beleidsonderzoek	2
2 :	Behoefte aan beleidsonderzoek	5
3 :	Beperkingen van beleidsonderzoek	10
4 :	Instrumenten voor beleidsonderzoek	12
5 :	Bestuurlijk-organisatorische opzet van het beleidsonderzoek	15
6 :	Financiering van beleidsonderzoek	18
7 :	Samenvatting van de discussie	21

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/rijksuniversitei0000drgm

INLEIDING*

Het thema beleidsonderzoek is de laatste jaren ook in Nederland actueel geworden, en heeft met name in de sociale sector ruim de aandacht getrokken (Nota Meerjarenplan Sociaal Onderzoek en Beleid, 1978; van de Vall, 1980; Frijling en Rottländer - Meyer, 1981; Segers, Snellen en Vissers, 1982). Daarentegen is dit onderwerp in de sector van de gezondheidszorg in ons land nog niet voor het voetlicht gebracht, enkele uitzonderingen daargelaten (van Etten, 1980 en 1981; Hattinga Verschure, 1980; de Jong, 1982). Het is daarom een goede gedachte dat de Commissie van Beheer als de organisator van dit symposium binnen de Universitaire Leergangen Gezondheidszorg de ruimte heeft gecreëerd om voor het eerst in Nederland het thema beleidsonderzoek in de gezondheidszorg bij een breed publiek onder de aandacht te brengen. Mèt de organisatoren hoop ik dat dit symposium eem uitstralend effect zal hebben en de aanzet zal vormen voor een verbetering van de positie van het beleidsonderzoek in de gezondheidszorg.

De opzet van deze inleiding is als volgt.
Na een korte inleiding over de betekenis van het beleidsonderzoek in de gezondheidszorg worden in de daarop volgende twee paragrafen de behoefte aan en de beperkingen van beleidsonderzoek beschreven. Hierna volgen een drietal paragrafen over de mogelijkheden voor verbetering van het rendement van beleidsonderzoek, achtereenvolgens handelende over de instrumenten, de bestuurlijk-organisatorische opzet en de financiering van het beleidsonderzoek. De bijdrage wordt besloten met een samenvatting van de voornaamste discussiepunten.

---

* Dit pré-advies is op persoonlijke titel geschreven

1. BETEKENIS VAN HET BELEIDSONDERZOEK

Ter inleiding van deze bijdrage wil ik in het kort ingaan op de betekenis van het Beleidsonderzoek in tweeërlei zin. In de eerste plaats door aan te geven wat onder het begrip beleidsonderzoek wordt verstaan en in de tweede plaats door na te gaan wat de actuele betekenis en het belang van beleidsonderzoek is.

Onder beleidsonderzoek wordt verstaan onderzoek ter verkenning en oplossing van een beleidsprobleem; wat deftiger gezegd : alle onderzoek dat in een of meer fasen van een beleidsproces een bijdrage kan leveren tot de verdere ontwikkeling van het beleid. Ik vat hier beleid in de meest ruime zin op en reken hieronder zowel het beleid van de overheid - op centraal, provinciaal en gemeentelijk niveau - als het beleid van de maatschappelijke organisaties en de individuele instellingen.

Onderscheid kan gemaakt worden in vier fasen of stadia van een beleidsproces, waarbij in principe verschillende typen van onderzoek toegepast kunnen worden :

- de beleidsvoorbereiding, waarbij een beleidsprobleem wordt onderkend en verhelderd;
- de beleidsontwikkeling, waarbij alternatieve oplossingen voor een gegeven probleem worden aangedragen en strategieën voor een gekozen oplossing worden ontwikkeld (voorbeeld van deze fase is de opstelling van een beleidsnota);
- de beleidsuitvoering, waarbij de feitelijke implementatie van het beleid plaats vindt;
- de beleidsevaluatie, waarbij wordt nagegaan in hoeverre het voorgenomen beleid is gerealiseerd en op grond waarvan eventueel een bijstelling van het beleid kan plaatsvinden. Opvallend is overigens dat het evaluatie-onderzoek in onze gezondheidszorg nog nauwelijks van de grond gekomen is.

De problematiek van het beleidsonderzoek zoals deze ook blijkt uit de discussie in kranten en (vak)tijdschriften, bestaat voornamelijk hierin dat enerzijds sprake is van een behoefte bij beleidsinstanties aan onderzoek en anderszijds sterke twijfels worden geuit ten aanzien van ofwel de maatschappelijke relevantie van het door onderzoekers vervaardigde product ofwel het nuttig gebruik ervan door beleidsorganen. Hiermee is in een paar woorden weergegeven de spanning die er blijkbaar bestaat in de relatie tussen beleid en onderzoek. Op elk van de hier genoemde aspecten van beleidsonderzoek te weten : de behoefte aan beleidsonderzoek, het tekort aan maatschappelijke relevantie van beleidsonderzoek alsmede het geringe gebruik van onderzoeksgegevens door het beleid zal ik in het vervolg nog nader ingaan.

Mijn opmerkingen tot nu toe zijn algemeen bedoeld, en ik voeg hieraan graag een aantal specifiek voor de gezondheidszorg toe. De eerste opmerking betreft de omschrijving van het begrip beleidsonderzoek in de gezondheidszorg, waaronder ik wil verstaan het onderzoek naar knelpunten in het systeem van de gezondheidszorg en mogelijke oplossingen daarvan. Alszodanig heeft beleidsonderzoek betrekking op het inzicht in de organisatie, de planning van voorzieningen en mankracht, de financiering, het management, de informatievoorziening en de evaluatie van het gezondheidszorgsysteem, mede in relatie met zijn omgeving.
Ik reken hiertoe ook het onderzoek naar de bedreigingen van de volksgezondheid zowel vanuit het fysisch-chemische milieu als vanuit het sociale milieu. Voor de duidelijkheid zij hier vermeld dat niet alle onderzoek in de gezondheidszorg of ruimer gesteld alle gezondheidsonderzoek voor deze kwalificatie van beleidsonderzoek in aanmerking komt.

De tweede opmerking betreft de vermelding dat ik in het kader van deze bijdrage beleid in de ruimste zin wil opvatten. Ik zal derhalve mijn beschouwingen over de plaats en de problematiek van het beleidsonderzoek in de gezondheidszorg niet alleen betrekken op de (centrale) overheid, maar ook op andere beleidsinstanties.

Een derde opmerking betreft het feit dat ik in het kader van dit symposium een aantal interessante, doch meer op de academische praktijk gerichte vragen waaronder de vraag naar het al of niet bestaan van een eigen karakter (theorie, methodologie) van beleidsonderzoek in de gezondheidszorg alsmede de vraag naar de consequenties hiervan voor de (universitaire) opleiding, bewust buiten beschouwing heb gelaten.

2. BEHOEFTE AAN BELEIDSONDERZOEK

Beleidsinstanties in de gezondheidszorg hebben voor hun beleidsvoering op korte, middellange en lange termijn behoefte aan informatie, welke voor een deel slechts door middel van wetenschappelijk onderzoek is te verkrijgen. Geconstateerd kan worden dat deze behoefte aan beleidsonderzoek in het afgelopen decennium aanzienlijk is toegenomen en dat deze, naar het zich laat aanzien, ook in de nabije toekomst zal blijven bestaan. Voor deze toename in de behoefte zijn verschillende factoren verantwoordelijk, waarvan de belangrijkste zijn :

1. de vergroting van de invloed van de overheid in de gezondheidszorg;
2. als gevolg hiervan de toenemende aandacht voor een systematische beleidsontwikkeling, waarin ook een plaats wordt ingeruimd voor wetenschappelijk onderzoek;
3. het streven van maatschappelijke organisaties om de eigen positie in het geheel van de gezondheidszorg te versterken alsmede de wens om het proces van vaak ingrijpende wijzigingen in de bestaande structuur van de gezondheidszorg beter te kunnen begeleiden;
4. het gegeven dat op instellingsniveau het management sterk in beweging is (Hattinga Verschure, 1980);
5. de toenemende democratisering in de gezondheidszorg met als gevolg een sterkere betrokkenheid van consument / patiënt bij het beleid.

In het nu volgende zal ik trachten deze ontwikkelingen afzonderlijk voor de overheid*, een aantal maatschappelijke organisaties en de consument / patiënt toe te lichten.

---

* Voor een meer uitvoerig overzicht in de sfeer van de overheid raadplege men van Etten (1981).

Er bestaat bij de centrale overheid in de sector van de volksgezondheid al langer een traditie van specifieke initiatieven voor onderzoek ten behoeve van het beleid.Tot het begin van de jaren zeventig was deze belangstelling echter beperkt tot het medisch-biologisch onderzoek, hetgeen blijkt uit de oprichting en instandhouding - buiten de universiteiten - van een aantal instituten voor wat tegenwoordig gezondheidsonderzoek wordt genoemd binnen de Centrale Organisatie voor Toegepast Natuur-Wetenschappelijk Onderzoek (TNO). Ook kan het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid (RIV) hier genoemd worden. In de jaren zeventig groeit echter, mede als gevolg van de rol van de overheid in de gezondheidszorg, de belangstelling voor het zgn. gezondheidszorgonderzoek, dat is het onderzoek naar de structuur en het functioneren van het gezondheidszorgsysteem, in de Angelsaksische literatuur wel aangeduid met "health services research". Hoewel in de Structuurnota Gezondheidszorg de rol van dit soort onderzoek in het proces van voorgenomen herstructurering van de gezondheidszorg reeds expliciet wordt vermeld, duurt het nog een aantal jaren voordat tegen het eind van de jaren zeventig een actief onderzoeksbeleid, waarin het gezondheidszorgonderzoek centraal staat, ontwikkeld is. Kenmerkend voor dit onderzoeksbeleid is ten eerste dat het initiatief voor onderzoek naar het beleid toe wordt verlegd en ten tweede dat de onderzoeksbehoeften van belangrijke onderdelen van het beleid in een langerlopend en samenhangend onderzoeksprogramma worden vertaald. Geconstateerd kan nu worden dat de behoefte bij de centrale overheid aan gezondheidszorgonderzoek de afgelopen jaren sterk is toegenomen en tevens dat aanzienlijk meer gelden voor dit onderzoek beschikbaar zijn gesteld. In dit beeld zal naar verwachting in de nabije toekomst geen verandering komen.

De decentrale overheid heeft zich tot nu toe in het algemeen weinig met beleidsonderzoek ingelaten, maar dit feit hangt ongetwijfeld samen met de geringe bevoegdheden van deze overheid op het terrein van de gezondheidszorg. Een uitzondering vormen echter de grote steden, en met name de gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdiensten (GG en GD-en) welke vaak een actieve rol in het onderzoek spelen. Te verwachten is echter dat de belangstelling van de decentrale overheid voor onderzoek zal toenemen nu krachtens de WVG taken met name op het gebied van de planning van de gezondheidszorg aan de provincies en gemeenten zijn toebedeeld. Daarnaast is van belang de uitbreiding van het netwerk van basisgezondheidsdiensten en in het bijzonder de uitvoering van de epidemiologische taak ervan.

Behalve door de overheid zijn ook door maatschappelijke organisaties initiatieven genomen tot de oprichting van instituten voor beleidsonderzoek voor bepaalde sectoren van de gezondheidszorg. Tot de meest ontwikkelde gebieden in dit opzicht behoren thans de volgende:

- de ziekenhuissector, en meer in het algemeen de intramurale sector waarvoor het omvangrijke Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI) functioneert;
- de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg met het in omvang beperkte Nationaal Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid (NCGV) tot de oprichting waarvan verschillende organisaties in de geestelijke gezondheidszorg nu ruim 10 jaar geleden besloten. Het onderzoekbeleid in de ambulante geestelijke gezondheidszorg is echter nog duidelijk in ontwikkeling. De Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) heeft in het verleden voor bepaalde onderdelen van het beleid, zoals met betrekking tot de preventie en de ethnische minderheden, onderzoekopdrachten verstrekt. Van een duidelijk programma van onderzoek ten behoeve van deze sector is echter nog geen sprake. Een pleidooi voor de ontwikkeling van een onderzoekbeleid in de ambulante geestelijke gezondheidszorg werd onlangs gehouden in een notitie van de hand van enkele medewerkers bij de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Zuid-Holland en de Provinciale Stichting voor Geestelijke Gezondheidszorg in Limburg.

- de eerstelijnsgezondheidszorg met het Nederlands Huisartseninstituut (NHI). Dit instituut werd in de loop van de jaren zestig door en voor huisartsen opgericht en ziet zich thans geplaatst voor zijn belangrijkste taak in de nabije toekomst te weten de uitbouw naar een onderzoeks- en ontwikkelings- instituut voor de gehele eerstelijnsgezondheidszorg.

- in opdracht van de kruisorganisaties werden in de periode 1965 tot 1975 landelijk de aandacht trekkende onderzoekingen naar de plaats van de wijkverpleegkundige in de thuisgezondheidszorg alsmede naar het beeld en het gebruik van de Kruisverenigingen uitgevoerd door het Gemeenschappelijke Instituut voor Toegepaste Psychologie (GI P) en het Instituut voor Toegepaste Sociologie (ITS), beiden te Nijmegen. Sindsdien heeft geen systematisch onderzoek naar de wijkgezondheidszorg plaatsgevonden.

- de basisgezondheidszorg, waarbinnen tot nu toe alleen ten behoeve van de functies jeugdgezondheidszorg en in mindere mate milieuhygiënische zorg onderzoek werd verricht, geïnitiëerd hetzij vanuit de individuele diensten zelf, hetzij door een onderzoeksinstituut, met name het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG).

- de organisaties van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars beheren een omvangrijk databestand over medische consumptie in het land. Afzonderlijke onderzoeksopdrachten werden door deze organisaties of vanwege de Ziekenfondsraad tot nu toe slechts incidenteel verstrekt.

Ook dient melding gemaakt te worden van de initiatieven tot onderzoek welke door individuele personen en diensten zijn genomen. De meest bekende voorbeelden zijn huisartsen en sociaalgeneeskundigen, met name in de bedrijfsgezondheidszorg en de jeugdgezondheidszorg.

Tenslotte kan gewezen worden op de invloed welke de consument/ patiënt in toenemende mate op onderzoeksinitiatieven uitoefent. Een bekend voorbeeld is de oprichting - enkele jaren geleden - van de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek voor Consumentenaangelegenheden (SWOKA) waarvoor met name de consumentenorganisaties zich hebben beijverd en dat door de overheid, inclusief het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne wordt gefinancierd. Overbekend zijn ook de recente onderzoekingen op het gebied van de milieuhygiëne, waartoe het initiatief vaak van de bevolking afkomstig is geweest (Denk aan Lekkerkerk etc.). Verder zijn mede op aandrang van patiëntenorganisaties verschillende initiatieven voor onderzoek genomen, zoals bijv. :
een onderzoek naar de plaats van de gebruiker bij de regionale gezondheidszorg, een inventarisatie-onderzoek naar de in ons land bestaande initiatieven tot eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg en een onderzoek naar de klachtenbehandeling in deze sector.

Samenvattend kan gezegd worden dat de behoefte aan beleidsonderzoek bij een aantal beleidsinstanties waaronder de centrale overheid, de maatschappelijke organisaties in de sector van de intramurale gezondheidszorg, de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg, de eerstelijnsgezondheidszorg en de basisgezondheidszorg sterk is toegenomen. Daarmee wordt erkend dat het onderzoek een nuttige functie in het beleid kan vervullen. Anderzijds bestaan er nog aanzienlijke verschillen in de mate waarin deze instanties een onderzoeksbeleid voor het betrokken werkterrein hebben ontwikkeld, ten einde de vorming en uitvoering van beleidsonderzoek gestalte te geven.

3. BEPERKINGEN VAN BELEIDSONDERZOEK

Hebben in de vorige paragraaf centraal gestaan de mogelijkheden voor beleidsonderzoek welke van verschillende zijden zijn onderkend en deels ook geëffectueerd,in deze paragraaf zal een overzicht gegeven worden van de beperkingen welke met betrekking tot het beleidsonderzoek worden onderkend.

Een eerste beperking is dat het onderzoek het beleid niet kan vervangen, maar hoogstens hiervoor elementen kan aandragen. Onderzoek is derhalve slechts één van de vele beschikbare beleidsinstrumenten, hoewel het feitelijk gebruik ervan door de diverse beleidsinstanties verschilt, zoals eerder vermeld.

Een tweede beperking bestaat erin dat onderzoek soms om ondeugdelijke motieven wordt aangewend, zoals Hattinga Verschure (1981) betoogt. Zo wijst hij onder meer op "het onderzoek als vlucht" hetgeen wordt aangewend om besluitvorming te vertragen of te voorkomen (ook wel "alibi-onderzoek" genoemd), en "ontoepasselijk onderzoek" bedoeld om slecht management te camoufleren.

Een volgende beperking kan gelegen zijn in het feit dat hoewel niet in principe, maar wel in de praktijk het beleid zelf niet of nauwelijks voorwerp van onderzoek is.

Een bezwaar dat naar voren is gebracht door de Jong (1982) betreft de nog prille en daardoor onvoldoende ontwikkelde stand van de theorie/wetenschap van het beleidsonderzoek waardoor dit onderzoek niet effectief kan worden aangewend.

Een ander punt, dat thans ook in de gezondheidszorg actueel is*, betreft de veronderstelde geringe(r wordende) hoeveelheid mankracht en financiële middelen voor onderzoek.

Tenslotte kan worden gewezen op de grote spanning die er, ook blijkens de internationale literatuur (Bice, 1980) bestaat tussen onderzoek en beleid in de gezondheidszorg, met al zijn consequenties voor het rendement van het onderzoek. Het beleid wordt in het bijzonder verweten geen gebruik te maken van onderzoeksgegevens, soms ook klinkt het verwijt door dat überhaupt geen (onderzoek)beleid wordt gevoerd. Onderzoekers worden er daarentegen van beschuldigd weinig beleidsgericht onderzoek te (willen) verrichten, onvoldoende inzicht te hebben in het beleid en tenslotte hun onderzoeksresultaten op inadequate wijze te presenteren. Ik wil in het kader van dit symposium nog wijzen op een ander verwijt, dat soms wordt geuit van de zijde van personen/instanties uit de praktijk van de gezondheidszorg, namelijk dat deze personen/instanties voor hun problemen zo geringe toegang tot onderzoeksinstituten kunnen krijgen.

Op de twee laatstgenoemde problemen, te weten de beschikbare onderzoekscapaciteit en de financiering enerzijds en het gebrek aan samenspel tussen beleid en onderzoek anderzijds wil ik in de volgende paragrafen ingaan. Ik wil daarbij vooral de mogelijkheden voor een beter rendement van het beleidsonderzoek bezien. Tot deze mogelijkheden reken ik een beter gebruik van het ter beschikking staande instrumentarium voor beleidsonderzoek, verder een verbetering van de bestuurlijk-organisatorische opzet van het beleidsonderzoek,

en tenslotte een adequate onderzoekscapaciteit en financieringsstructuur als noodzakelijke randvoorwaarden. Achtereenvolgens zal ik deze drie aspecten nader toelichten.

---

* Vergelijk bijv. het thema van het op 22 oktober door de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW) gehouden symposium getiteld "Medisch Wetenschappelijk Onderzoek in tijden van economische recessie", alsmede de recente brief aan de overheid en parlement van de besturen van alle FUNGO-werkgemeenschappen.

4. INSTRUMENTEN VOOR BELEIDSONDERZOEK

Tot het belangrijkste uitgangspunt voor de discussie over het beleidsonderzoek reken ik de noodzaak om een vruchtbaarder samenspel tussen beleid en onderzoek tot stand te brengen. Dit kan op verschillende wijzen gerealiseerd worden. Hoofdzaak is naar mijn mening echter dat beide partijen elkaar meer zullen moeten ontmoeten.

In de eerste plaats is van belang dat voor grotere sectoren van de gezondheidszorg een (structureel) onderzoeksbeleid wordt ontwikkeld, voorzover dit nog niet gebeurd is. Een dergelijk onderzoeksbeleid bevat uitspraken over de rol welke een beleidsinstantie in het geheel van activiteiten aan onderzoek toekent en de wijze waarop het onderzoek ontwikkeld kan worden. Deze uitspraken gaan verder dan het vermelden van de projecten welke de beleidsinstantie voornemens is te laten uitvoeren. Om de gedachten te bepalen noem ik de basisgezondheidszorg (inbegrepen de ziektebestrijding en milieuhygiënische zorg), de eerstelijnsgezondheidszorg, en de intramurale gezondheidszorg. In de totstandkoming ervan dragen de maatschappelijke organisaties en de overheid elk hun eigen verantwoordelijkheid. Aangezien tussen de verschillende participanten niet altijd eenheid van opvatting zal bestaan, zal de ontwikkeling van een onderzoeksbeleid via overleg en onderhandeling moeten plaatsvinden. Ik acht de mogelijkheid voor de formulering van een onderzoeksbeleid voor de verschillende sectoren, gezien hetgeen tot nu toe is bereikt, op korte termijn haalbaar, wellicht met uitzondering van de basisgezondheidszorg vanwege het minder homogene karakter ervan.

Een belangrijk instrument bij de realisering van een onderzoeksbeleid wordt gevormd door een onderzoekprogramma. Het belang ervan bestaat er vooral in dat een samenhangend beeld wordt geschetst van de onderzoekswensen en -prioriteiten alsmede van de uitvoering ervan door onderzoeksinstituten. In een aantal sectoren hebben onderzoekingen nog te zeer het karakter van eenmalige ondernemingen met een beperkte reikwijdte. Daarnaast zijn de onderzoeksactiviteiten vaak te veel over een groot aantal instituten versnipperd.

, de geestelijke gezondheidszorg

De systematische vermeerdering van kennis komt hierdoor in het gedrang. Dit idee van onderzoekprogrammering gaat uit van de veronderstelling - die ikzelf onderschrijf, maar die lang niet door iedereen wordt gedeeld - dat het beleid in staat geacht wordt zelf zijn onderzoeksbehoeften te formuleren. Van belang is echter dat in het proces van onderzoekprogrammering vanaf het begin ook onderzoeksinstellingen worden betrokken. Onderzoek en beleid zullen hierin een praktisch ontmoetingspunt vinden.
Naar mijn mening ligt het op de weg van de in paragraaf 2 genoemde onderzoeksinstituten NIPG, NHI, NCGV en NZI een belangrijke rol te spelen bij de ontwikkeling van een - mogelijk nationaal te noemen - onderzoekprogramma voor de vier onderscheiden sectoren van de gezondheidszorg. Wel moeten bij de hier beschreven sectorgewijze aanpak goede afspraken over de raakvlakken worden gemaakt om te voorkomen dat het onderzoek het gebrek aan samenhang tussen de sectoren nog versterkt. Bij de uitvoering van het programma zullen uiteraard ook universitaire instituten betrokken moeten worden.

In de derde plaats zijn er op het niveau van concrete projecten zowel bij de formulering als bij de feitelijke uitvoering ervan voldoende mogelijkheden voor overleg tussen onderzoekers en beleidsambtenaren. Met name ten behoeve van beleidsinstanties zou ik willen benadrukken dat deze zelf hetzij direct hetzij indirect, bijv. via deskundigen in een begeleidingscommissie, invloed kunnen uitoefenen op de bruikbaarheid en de kwaliteit van het onderzoek.

Tenslotte is ook de communicatie tussen beleid en onderzoek met betrekking tot de onderzoeksresultaten voor verbetering vatbaar. Uit eigen ervaring weet ik dat onderzoeksrapporten voor beleidsonderzoek in het algemeen niet aan hieraan te stellen eisen voldoen. Rapporten zijn te dik, bevatten in de hoofdtekst vaak opmerkingen van methodologische aard, zijn niet altijd helder geformuleerd en vaak ontbreekt een helder geformuleerde samenvatting.

Anderzijds zou het een goed gebruik zijn indien opdrachtgevende beleidsinstanties en onderzoekers een gezamenlijke bespreking wijden aan het onderzoeksrapport alsmede de mogelijke implicaties ervan voor het beleid. Nuyens (1980) wijst nog op een interessante, maar tegelijkertijd veel verdergaande mogelijkheid voor een adequate overgang van onderzoeksresultaten naar beleidsontwikkeling. Zo werd in het kader van het in België uitgevoerde nationaal programma voor onderzoek op het gebeid van de eerstelijnsgezondheidszorg tussen de verschillende betrokken instanties van overheid, veld en onderzoekers een gedifferentieerde overlegstructuur gecreëerd - door Nuyens transfert kaders genoemd -, waarin niet alleen informatie werd gegeven over de bereikte onderzoeksresultaten, maar waarbij tevens werd getracht deze te vertalen in praktisch bruikbare beleidsinstrumenten.

In dit verband dient nog vermeld te worden dat tot het in Nederland beschikbare instrumentarium voor beleidsonderzoek ook gerekend wordt de zgn. sectorraden, welke in het kader van het wetenschapsbeleid van de overheid voor diverse maatschappelijke aandachtsgebieden ("sectoren"), waaronder de gezondheidszorg, in ontwikkeling zijn. Ik wil hierover echter iets meer zeggen in de volgende paragraaf over de bestuurlijk-organisatorische opzet van het beleidsonderzoek.

5. BESTUURLIJK-ORGANISATORISCHE OPZET VAN HET BELEIDSONDERZOEK

In de discussie over de mogelijkheden voor een beter samenspel tussen beleid en onderzoek in de gezondheidszorg speelt ook een rol de vraag naar de bestuurlijk-organisatorische inbedding van het onderzoek, met name van het beleidsonderzoek. In theorie bestaan hiervoor verschillende oplossingen variërend van een onderzoeksafdeling of -instituut als onderdeel van de organisatie van een beleidsinstantie tot een volledig autonome instelling voor onderzoek. In het nu volgende zal ik trachten de huidige situatie in dit opzicht in ons land te karakteriseren en te beoordelen.

Het is in ons land, althans voor de gezondheidszorg, niet gebruikelijk - en naar mijn mening terecht - dat beleidsinstanties zelf rechtstreeks beschikken over een eigen onderzoeksafdeling of - instituut ("in-house research") *. Wel wordt een groot aantal instituten grotendeels of geheel door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne gesubsidieerd. Deze instituten behoren hetzij tot de semi-overheidsorganisatie van TNO met een zestal instituten voor gezondheidsonderzoek, hetzij tot particuliere stichtingen van maatschappelijke organisaties zoals onder meer het NHI en het NCGV. Ook worden door dit ministerie - zij het in goed overleg - claims gelegd op de onderzoekcapaciteit van deze instituten. In principe echter hebben de instituutsbesturen, vaak bijgestaan door adviesraden samengesteld uit de kringen van wetenschap en samenleving, de eindverantwoordelijkheid en zijn in dit opzicht autonoom. Een dergelijke autonome positie kunnen de instituten ook innemen ten opzichte van de maatschappelijke organisaties, welke tot de oprichting ervan hebben bijgedragen. De vraag is thans actueel in hoeverre uitvoerende diensten en instellingen zelf onderzoek in eigen beheer zouden moeten kunnen uitvoeren.

* Wel bestaan ter bewaking van de (kwaliteit van de) volksgezondheid, enkele rijksinstituten zoals het RIV, en het RIGO.

Zoals gezegd, is dit een bekend verschijnsel bij GG en GD-en in grote steden en momenteel wordt een dergelijk geluid ook in de kring van de ambulante geestelijke gezondheidszorg gehoord. Persoonlijk juich ik een actieve instelling ten aanzien van onderzoek toe, maar ben tevens van mening dat het permanent verrichten van onderzoek niet tot de taken van dergelijke diensten of instellingen hoort.

Tegelijkertijd moet worden erkend dat de overheid de onderzoeksinstellingen onder grotere druk zet (meer) beleidsgericht onderzoek uit te voeren. Dit geldt in de eerste plaats voor de niet-universitaire instituten van wie het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in het kader van het actieve onderzoeksbeleid in toenemende mate de medewerking vraagt voor het verrichten van meer beleidsgericht onderzoek, zij het dat dit niet noodzakelijk op het centrale overheidsbeleid betrekking hoeft te hebben. Maar ook worden de universitaire instituten sinds het verschijnen van de Beleidsnota Universitair Onderzoek (de zgn. BUOZ-nota) en de Discussienota Contractonderzoek van de Minister van Onderwijs en Wetenschappen opgeroepen hun onderzoek mede op de behoeften van de samenleving te richten. Ik vind deze aanpak van de overheid legitiem, al zal hieraan geleidelijk als consequentie verbonden moeten worden dat duidelijke uitspraken worden gedaan over de wenselijke omvang van de verschillende soorten van gezondheidsonderzoek.

Kenmerkend voor ons land is ook dat de beschikbare capaciteit voor beleidsonderzoek van buiten-universitaire instituten over een aanzienlijk aantal grotere en kleinere instituten is verspreid, in tegenstelling tot de Verenigde Staten waar de overheid beschikt over één National Center for Health Services Research, naast de National Institutes of Health. Gezien de historisch gegroeide pluriformiteit van ons gezondheidszorgsysteem en mede met het oog op een optimale betrokkenheid van het onderzoek op een afgebakend onderdeel van de gezondheidszorg, is een dergelijke bundeling van instituten in ons land niet gewenst.

Daarnaast spelen ook een aantal universitaire instituten een belangrijke rol in het beleidsonderzoek en bestaat de noodzaak van een betere afstemming en taakverdeling tussen de universitaire en niet-universitaire instituten.

Op dit punt aangekomen is het wenselijk iets naders te zeggen over de rol van de Raad voor Gezondheidsonderzoek i.o. zijnde de sectorraad voor de gezondheidszorg. Sectorraden hebben tot doel om meer samenhang in het onderzoek te brengen en tevens om de relatie tussen onderzoek en beleid te verbeteren. Deze raden dienen te fungeren als belangrijkste adviesorganen voor de regering op desbetreffende onderzoeksgebieden en dienen te zijn samengesteld uit vertegenwoordigers van de overheid, de onderzoekers en de gebruikers ofwel het veld van de gezondheidszorg. Dit laatste element maakt de sectorraad tot een uniek verschijnsel in West-Europa. Hoever staat het nu met de Raad voor Gezondheidsonderzoek en wat mogen we er de komende jaren met name met betrekking tot de verbetering van de relatie tussen onderzoek en beleid van verwachten? In maart 1982 werd door de zgn. Voorbereidingscommissie hiertoe uitgenodigd door de regering, een advies over de mogelijke oprichting van een Raad voor Gezondheidsonderzoek uitgebracht (Rapport Voorbereidingscommissie, 1982).In dit advies zijn voorstellen gedaan met betrekking tot de doel- en taakstelling van de Raad, aslmede het werkterrein, de samenstelling, organisatie en werkwijze van de Raad. In het advies wordt gekozen voor een ruime omschrijving van het werkterrein van de Raad, dat niet alleen zal omvatten het medisch-biologisch onderzoek, maar ook het onderzoek van het ziekte- en gezondheidsgedrag alsmede het onderzoek van het gezondheidszorgsysteem. Te verwachten is dat de regering de voorstellen van de commissie zal overnemen en binnenkort zal besluiten tot de feitelijke oprichting van de Raad. Ik zie het belang van de Raad op de korte termijn vooral gelegen in de aandacht die de Raad, volgens de aanbevelingen van de commissie, zal schenken aan de versterking van de organisatorische positie van het gezondheidszorgonderzoek in het geheel van het gezondheidsonderzoek en aan het sociaal-medische en sociaal-wetenschappelijke onderzoek met betrekking tot de volksgezondheid. Ik verwacht echter - vanwege de vele opstartproblemen - niet dat de Raad reeds in de komende 2 à 3 jaren in staat zal blijken te zijn anders dan op landelijk niveau een verbetering in de relatie tussen onderzoek en beleid tot stand te brengen.

6. FINANCIERING VAN BELEIDSONDERZOEK

In deze paragraaf wil ik nader ingaan op de bestaande geldstromen voor beleidsonderzoek en de mogelijkheden hiervan in de nabije toekomst. Daartoe zal ik, mede aan de hand van Tabel 1, eerst een globaal overzicht van de uitgaven voor gezondheidsonderzoek in ons land geven. Bovendien is een - optimistische - schatting gemaakt van het aandeel van het gezondheidszorgonderzoek hierin.

Tabel 1. Schatting van de uitgaven voor gezondheidsonderzoek en het aandeel hierin van gezondheidszorgonderzoek (in mln. guldens).

Financieringsbron	Gezondheids-onderzoek	o/o	Gezondheids-zorgonderzoek	o/o
1. Min. van OenW				
a. rechtstreeks aan universiteiten	385	49	20	29
b. indirect via Fungo	15	2	--	--
2. Ministerie van VenM				
a. Rijksinstituten	30	4	--	--
b. subsidie aan TNO	65	8	8	12
c. subsidie aan part. stichtingen	25	3	10	15
d. subsidie voor contractonderzoek	10	1	10	15
3. Sociale Verzekeringen*	40	5	20	29
4. Particuliere fondsen	40	5	--	--
5. Industrie	180	22	--	--
	790	100	68	100

* Inclusief uitgaven ten laste van het Praeventiefonds en het NZI

Tot de meest opvallende punten uit dit overzicht behoren het aandeel van de universiteiten in het geheel van het gezondheidsonderzoek, de relatief geringe plaats van het gezondheidszorgonderzoek, het grote aandeel in het gezondheidszorgonderzoek van de zijde van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, ook ten laste van de vrije beleidsruimte, en van de sociale verzekeringen.

Hieraan kan worden toegevoegd dat momenteel bij de Eerste Kamer wijzigingen van de Ziekenfondswet, AWBZ en Wet op het Praeventiefonds in behandeling zijn die het mogelijk maken de geldstromen van enerzijds het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en anderzijds die krachtens de drie genoemde wetten beter op elkaar af te stemmen ten behoeve van het beleid op het gebied van de volksgezondheid en de gezondheidszorg.

Ook binnen de universitaire geldstromen doen zich enkele ontwikkelingen voor welke mogelijk een gunstig effect hebben op de financiering van beleidsonderzoek. In de eerste plaats als gevolg van de eerder genoemde BUOZ-nota, die onder meer voorziet in de invoering van een voorwaardelijke financiering van landelijk overeengekomen onderzoeksplannen, waarvoor ook maatschappelijk relevant onderzoek in aanmerking komt. In de tweede plaats door het beleid gericht op de stimulering van het contractonderzoek, waar tegenover staat dat opdrachtgevers zullen moeten financieren. In de derde plaats heeft het ZWO-beleid wijzigingen ondergaan, waardoor ook toegepast onderzoek vanuit deze (tweede) geldstroom gefinancierd kan worden. In de Fungo-beleidsnota 1982 - 1986 wordt deze gedachte voor de sector van het gezondheidsonderzoek uitgewerkt en worden onderwerpen als sociale geneeskunde, sociale psychiatrie,huisartsengeneeskunde en gezondheidszorgonderzoek genoemd als mogelijke terreinen voor financiering.

Mijn conclusie uit het voorgaande is dat de mogelijkheden voor beleidsonderzoek in de gezondheidszorg in de afgelopen jaren zijn toegenomen en dat deze tendens zich ook in de nabije toekomst zal voortzetten. Bovendien acht ik de beschikbare capaciteit en geldstromen ten behoeve van het beleidsonderzoek zeker niet ongunstig.

7. SAMENVATTING VAN DE DISCUSSIE

Tot slot van deze bijdrage wil ik de voornaamste punten van discussie in de vorm van korte stellingen samenvatten.

1. Er dient overeenstemming te komen over het begrip beleidsonderzoek in de gezondheidszorg.
2. Beleidsonderzoek is een noodzaak voor beleidsinstanties in de gezondheidszorg. Hiervoor is echter tevens vereist dat beleidsinstanties een onderzoeksbeleid ontwikkelen.
3. Het is wenselijk dat voor grotere sectoren van gezondheidszorg, zoals de basisgezondheidszorg, de eerstelijnsgezondheidszorg, de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg en de intramurale zorg, op basis van overleg tussen de meest betrokkenen van maatschappelijke organisaties, onderzoeksinstituten en overheid een landelijk geldend onderzoekprogramma tot stand gebracht wordt. Realisering ervan is binnen twee jaar mogelijk.
4. Op projectniveau dient een goede communicatie tussen opdrachtgevers en onderzoekers plaats te vinden zowel in de fase van de voorbereiding en de uitvoering als ook ter gezamenlijke bespreking van de eindresultaten en de mogelijke implicaties voor het beleid.
5. Beleidsinstanties kunnen beter niet zelf een onderzoeksafdeling of - instituut voor gezondheidszorgonderzoek beheren. De belangstelling voor beleidsonderzoek bij onderzoeksinstituten is daarentegen een goede zaak, voor de stimulering waarvan andere wegen bewandeld kunnen worden.
6. Uitvoerende diensten en instellingen dienen niet zelf over onderzoekscapaciteit te beschikken, maar deze zonodig zien te verkrijgen van een professioneel instituut. Deze instituten moeten daarvoor ook een open oog en oor hebben voor wat er in de praktijk van de gezondheidszorg leeft.

7. De grotere druk van de overheid op instituten om (meer) beleidsonderzoek te verrichten is een legitieme zaak, op voorwaarde dat onder beleid niet alleen het overheidsbeleid wordt begrepen, het beleid zelf ook voorwerp van onderzoek kan zijn en het onderzoek op basis van overeengekomen programma's kan plaatsvinden.
8. Er is in ons land geen behoefte aan één instituut voor beleidsonderzoek in de gezondheidszorg, dat alle bestaande instituten bundelt. Er is echter ook geen behoefte aan nieuwe instituten in deze sector. Nieuwe aandachtsgebieden moeten in bestaande instellingen worden opgenomen.
9. Binnen de grote verscheidenheid van universitaire en niet-universitaire instituten, die actief zijn op het gebied van beleidsonderzoek in de gezondheidszorg, met name op het ge - bied van gezondheidszorgonderzoek, dient zich mede met het oog op de vorming van een Raad voor Gezondheidsonderzoek, een hechtere organisatiestructuur te ontwikkelen.
10. De financiering van beleidsonderzoek is minder problematisch dan de bestuurlijk-organisatorische opzet van beleidsonderzoek.

LITERATUUR

Bice, Th.W., Social science and health services research: Contributions to public policy, Milbank Memorial Fund Quarterly/ Health and Society, 58, 173-200,1980.

van Etten, G.M. De relatie onderzoek en beleid in de gezondheidszorg in Nederland, Gezondheid en Samenleving, 1, 74-82, 1980.

van Etten, G.M. Gezondheidszorgonderzoek en Overheidsbeleid in : Sturmans, F., Persoon, J. Morshuis, J. and Windhausen, R. (red.) Verkenningen in de Sociale Geneeskunde, Dekker van de Vegt, Nijmegen, 1981.

Frijling, B.W. en Rottländer-Meyer, C., Sociaal beleidsonderzoek, luxe of noodzaak?, Actaboek, Zoetermeer, 1981.

Hattinga-Verschure, J.C.M., Ziekenhuisbeleid en wetenschappelijk onderzoek in : Hattinga-Verschure, J.C.M. en Bally, Y.W. (red.) Wetensschappelijke ondersteuning van ziekenhuisbeleid, De Tijdstroom, Lochem, 1980.

de Jong, G.A., Health policy research, Tijdschrift Sociale Geneeskunde 8, 190-191, 1982.

Nota Meerjarenplan Sociaal Onderzoek en Beleid, Staatsuitgeverij, 1978.

Nuyens, Y. De eerste lijn is krom; gezondheidszort tussen onderzoek en beleid, van Loghum Slaterus, Deventer, 1980.

Rapport van de Voorbereidingscommissie inzake de instelling van een Raad voor Gezondheidsonderzoek, VAR-reeks, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1982.

Segers, J.H.G., Snellen, I.Th.M., en Vissers, A.M.C., Strategie en herbeziening , IVA-Tilburg en Pitman-Fanoyboeken, Middelburg, 1982.

van de Vall, M., Sociaal beleidsonderzoek; een professioneel paradigma, Samsom, Alphen aan de Rijn, 1980